Recommandations en vue de la conception d'une Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones pour la prévention du **SIDA**

Canada

Recommandations en vue de la conception d'une

STRATÉGIE NATIONALE SUR L'ÉDUCATION DES AUTOCHTONES POUR LA PRÉVENTION DU SIDA

Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida

Le comité a été créé en 1989 pour étudier la question du sida et de la façon dont elle touche la population autochtone du Canada, faire part de ses conclusions au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, et faire des recommandations à ce sujet.

Also available in English under the title **"Recommendations for a National Strategy on Aboriginal AIDS Education and Prevention"**

Également disponible en inuktitut

91-01488/

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1990
Cat. H43-53/19-1990F
ISBN 0-662-96290-7

RÉSUMÉ

1.0 INTRODUCTION

1.1 **Le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida**, dont la création a été annoncée officiellement le 12 avril 1989 par l'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, réunit des représentants des onze organismes autochtones nationaux, de Santé et Bien-être social Canada et du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien.

1.2 Le mandat du Comité national mixte (CNM), entériné par les dirigeants autochtones et par Santé et Bien-être social Canada, consistait à concevoir pour le 15 décembre 1989 une stratégie adéquate au plan culturel et qui vise l'éducation des autochtones pour la prévention du sida.

2.0 MÉTHODE

2.1 La méthode de recherche et de collecte de données adoptée par le CNM comprenait les éléments suivants : un appel de communications (c'est-à-dire des présentations par les groupes concernés), un questionnaire sur les initiatives propres aux autochtones, des visites sur place et une recension de la documentation.

2.2 Trois documents ont été rédigés à partir de cette collecte : le Rapport provisoire (26 juin 1989), le Recueil des constatations et les Recommandations en vue de l'élaboration d'une stratégie nationale (14 décembre 1989).

3.0 **BUT**

3.1 La stratégie vise à orienter les gouvernements autochtones, le Centre fédéral sur le sida et les autres organismes ou particuliers qui peuvent être appelés à participer, en ce qui concerne l'établissement des mesures les plus efficaces à adopter dans la lutte contre le sida au sein des communautés autochtones.

4.0 **BIEN-FONDÉ**

4.1 Les recherches indiquent clairement qu'en raison des différences culturelles, sociales, politiques, géographiques et linguistiques entre les autochtones et l'ensemble de la société canadienne, il faut prendre des mesures spéciales et concevoir une stratégie unique sur l'éducation et la prévention du sida pour répondre aux besoins des autochtones.

De surcroît, les données montrent qu'il existe un grand risque de contracter le sida au sein des communautés autochtones qui suivent le même type d'évolution que les pays de modèle II (transmission hétérosexuelle du VIH). Ainsi, il est nécessaire d'adopter une approche de prévention et de sensibilisation plus complexe et plus étendue.

5.0 **OBJECTIFS DE LA STRATÉGIE**

1) Élever le niveau de conscience générale et accroître les connaissances sur l'infection au VIH, sur la transmission de ce virus, sur l'apparition des maladies liées au VIH et sur le sida chez les populations autochtones.

2) Réduire la transmission du VIH à l'aide de mesures d'éducation et de prévention axées sur la promotion d'un comportement responsable, comme des pratiques sexuelles sûres et des méthodes d'injection de drogues qui ne présentent aucun risque.

3) Encourager et appuyer un changement comportemental constant dans la communauté grâce à l'adoption des mesures voulues et à la sensibilisation.

4) Encourager les personnes qui peuvent être exposées à un risque plus grand de contracter le VIH à accepter la responsabilité personnelle de modifier des pratiques dangereuses.

5) Apporter un soutien aux communautés autochtones pour qu'elles aident les personnes séropositives et celles qui souffrent de maladies liées au VIH et du sida.

6) Aider les communautés autochtones à composer avec les répercussions économiques et sociales des maladies liées au VIH et du sida.

6.0 PRINCIPES DIRECTEURS

6.1 En conformité avec les quatre dons du Créateur, la bonté, l'honnêteté, le partage et la force, le Comité national mixte a élaboré les principes directeurs suivants en vue d'aider à la conception de politiques et de programmes relatifs à l'éducation et à la prévention du sida. Ainsi, l'approche doit :

1) être de nature holistique et plonger ses racines dans la culture, les traditions et les coutumes des communautés autochtones; par conséquent, elle doit toucher l'ensemble de la communauté, y compris les jeunes, les parents, les anciens et les chefs;

2) être positive, plutôt que de critiquer des comportements passés;

3) appuyer la communauté et ses membres dans leurs efforts pour prendre leurs responsabilités;

4) assurer l'égalité d'accès de tous les membres et de toutes les communautés autochtones;

5) être sensible à diverses visions de la sexualité et en tenir compte; et

6) promouvoir l'élaboration par les communautés de mesures globales de lutte contre le sida, y compris des initiatives d'éducation et de prévention en matière d'infection au VIH, de même que la tolérance et la compréhension de ceux qui sont déjà infectés.

7.0 ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE

La Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida comprend cinq éléments visant à faciliter la réalisation des objectifs.

1) Campagnes de prise de conscience et de sensibilisation générales adaptées spécifiquement aux autochtones et revêtant un caractère interculturel, pour qu'on puisse les appliquer largement, avec le soutien des ressources humaines et financières nécessaires.

2) Initiatives de sensibilisation et de prévention axées sur la communauté et également conçues et assurées par des personnes vivant sur place munies des ressources humaines et financières appropriées.

3) Établissement en priorité de mesures d'éducation et de prévention du sida au sein de tous les groupes autochtones de prise de décisions (par exemple, réunions du gouvernement de la Première Nation, des commissions scolaires, des conseils régionaux, et activités des tribus, etc.).

4) Recherche dirigée qui appuiera la conception ou l'évaluation d'initiatives et d'efforts futurs d'éducation et de prévention.

5) Maintien pendant trois ans du Comité national mixte avec un nouveau mandat pour assurer que la stratégie a été communiquée, qu'elle est mise en application efficacement et qu'elle est évaluée.

8.0 LIGNES DE CONDUITE DU PROGRAMME

Les organismes et les groupes communautaires autochtones ont mis sur pied diverses activités d'éducation et de prévention du sida dans l'ensemble du Canada. Dans le cadre des recherches du Comité national mixte, on a demandé à ces organismes et aux autres groupes de partager leurs opinions, pour qu'on sache quelles sont les activités les plus efficaces et qui ont le plus de chance d'avoir un effet favorable sur les communautés autochtones. Grâce à cette collaboration et à la suite de recherches supplémentaires, on a élaboré des lignes de conduite pour le programme; ces dernières mettent l'accent sur les cinq éléments de la stratégie et sur les principes directeurs qui la sous-tendent.

9.0 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Le CNM a émis dix-neuf (19) recommandations à l'intention des chefs autochtones, du gouvernement fédéral et des autres parties intéressées à l'éducation et à la prévention en matière de sida chez les autochtones. Les recommandations portent sur un éventail de domaines, y compris les éléments suivants : soutien financier pour les projets communautaires, activités de recherche, meilleure prestation des soins de santé, accès au test de dépistage du VIH et appui d'une conférence internationale sur le sida chez les peuples autochtones, qu'accueillerait le Canada.

10.0 RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Le CNM a cerné et décrit les rôles et les responsabilités de toutes les parties touchées par le problème du sida chez les autochtones, y compris les membres de la collectivité, les communautés, les gouvernements, organismes et établissements autochtones, de même que les autorités fédérales, provinciales et territoriales.

Table des matières

Résumé.....(i)

Préface -- David R. Newhouse, Président du Comité national mixte

1.0 Introduction..... 1

2.0 But.....17

3.0 Objectifs.....19

4.0 Principes directeurs.....21

5.0 Éléments de la stratégie.....23

6.0 Lignes directrices du programme.....25

7.0 Recommandations générales.....35

8.0 Rôles et responsabilités.....45

9.0 Conclusion.....53

Références.....55

Préface

Le sida est une maladie qui nous touche tous. Il nous fait penser à la fragilité de la vie et apprécier le don que nous avons reçu du Créateur. Il provoque une réflexion sur notre propre mortalité, sur notre place au sein du cycle de la nature, ce qui nous pousse à mettre de côté nos différences et à prendre toutes les mesures possibles pour préserver ce don, pour nous-mêmes et pour notre descendance.

Nous nous sommes engagés dans cette initiative en février 1989 dans un climat d'incertitude, car nous ne savions pas ce que nous allions découvrir. Cependant, il nous semblait que si nous devions produire des résultats bénéfiques pour nos communautés, il nous fallait nous assurer les services de quelqu'un qui partageait nos inquiétudes et qui pouvait guider nos différents groupes dans les eaux troubles que nous allions traverser.

Le Comité tient à remercier Mary Jamieson, Mohawk originaire de la Réserve des Six-Nations, qui a facilité le travail du Comité grâce à son long et dur labeur. Mary s'est acquittée de ses tâches de façon franchement remarquable pendant le peu de temps dont nous disposions pour produire notre rapport. Nous sommes fiers des efforts qu'elle a déployés pour rassembler des données, pour nous aider à les comprendre et à garder un point de vue objectif face à ce sujet d'une grande complexité, fût-ce au plan médical, social ou sexuel.

Nous tenons également à remercier le Centre fédéral sur le sida de l'appui généreux des travaux du Comité, de même que Barbara Jones, Bob Imrie et Cathie Bruyere de leurs efforts visant à aider le Comité à finir son travail dans les délais convenus.

Nous exprimons également toute notre gratitude à notre conseiller médical, le docteur Jay Wortman, médecin métis de Vancouver. Ce dernier nous a guidés avec clairvoyance dans la documentation médicale et nous a aidés à comprendre la nature du virus, les formes qu'il revêt dans le corps humain et l'état actuel des connaissances sur son traitement.

Nous sommes arrivés à la présente étape de notre trajet en décembre 1989 dans un climat d'espoir, celui que notre travail aidera nos communautés autochtones à comprendre la nature du danger qui les menace et qu'il leur fournira les outils leur permettant de lutter contre cette menace et d'aider ceux qui ont contracté la maladie.

Le Président,

David R. Newhouse

Le 14 décembre 1989

Aux dirigeants autochtones, au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et au ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien,

Nous, du **Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida** sommes heureux de présenter notre rapport, conformément au mandat que vous nous avez fixé en février 1989.

L'infection au VIH, et l'apparition subséquente des maladies liées à ce virus, menacent de façon notoire toutes les communautés autochtones du Canada, de même que la population amérindienne d'Amérique du Nord. Nous croyons que nous avons toutes les raisons de nous alarmer, d'où le besoin de concevoir le plus vite possible une stratégie globale sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida.

Même si le nombre de cas de sida rapportés au sein de la communauté autochtone est faible au moment de la rédaction du présent rapport, les membres du comité croient qu'en l'absence de réaction rapide, le nombre d'autochtones infectés au VIH s'accroîtra rapidement. Selon nos recherches, le modèle de transmission du VIH chez les autochtones s'apparentera de très près à celui des pays du Tiers-monde (c'est-à-dire, les pays de modèle II, où la population est en majorité hétérosexuelle). Toujours selon nos sources, étant donné l'état de santé généralement mauvais des membres de la population autochtone, ces derniers risquent, après avoir été infectés, de souffrir plus rapidement des maladies liées au VIH et du sida.

Le Comité recommande fortement que les gouvernements autochtones, les institutions et les chefs autochtones, les gouvernements fédéral et provinciaux et leurs organismes ainsi que les particuliers donnent suite à la collaboration mise sur pied plus tôt cette année pour assurer que la population autochtone puisse prendre des mesures opportunes et efficaces afin de réduire et de prévenir la transmission du VIH.

Nous vous prions instamment de distribuer le plus largement possible le rapport du Comité, de discuter des recommandations avec les responsables des politiques et de la prise de décisions et de commencer le plus tôt possible à implanter une stratégie en vue de sensibiliser et d'informer nos communautés.

En dernier lieu, nous recommandons que toutes les parties concernées au sein du **Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida** se réunissent au début de février 1990 afin de discuter des recommandations et de l'avenir des efforts collectifs.

Veuillez agréer mes salutations distinguées.

Le Président du Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida.

David R. Newhouse

1.0 INTRODUCTION

1.1 Le **Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida**, dont l'existence a été annoncée officiellement le 12 avril 1989 par l'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, est un regroupement composé des représentants des onze organismes autochtones nationaux, de Santé et Bien-être social Canada et du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien.

Parmi les membres, on retrouve :

J'net August
Association de la jeunesse autochtone du Canada

Ray Fox
National Aboriginal Communications Society (NACS)

Patricia George
Conseil national des autochtones du Canada

Martha Greig
Inuit Women's Association of Canada (IWAC)

Mona Maria Jacobs
Infirmiers et infirmières autochtones du Canada

Barbara Martin
Association des femmes autochtones du Canada (AFAC)

David R. Newhouse
National Association of Indian Friendship Centres (NAFC)

Wilfred Peltier
Ancien -- Colloque sur les méthodes traditionnelles de guérison

Darlene Watts
National Indian/Inuit CHR Organization

Jeannette Watts
Assemblée des Premières Nations (APN)

Lizzie Epoo-York
Inuit Tapirisat du Canada

Beverlee Gabora (nommée d'office)
Direction générale du développement social, Affaires indiennes et du Nord canadien

D' Doug Shedden (nommé d'office)
Direction générale des services médicaux, Santé et Bien-être social Canada

Cathie Bruyere (jusqu'en septembre 1989)
Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada

Robert Imrie
Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada

D' Jay Wortman (conseiller médical)
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Vancouver

Mary E. Jamieson (coordonnatrice et expert-conseil)
Native Management Services

1.2 Le mandat du Comité national mixte (CNM), entériné par les dirigeants autochtones et par Santé et Bien-être social Canada, consistait à concevoir, pour le 15 décembre 1989, une stratégie adéquate au plan culturel qui vise l'éducation des autochtones pour la prévention du sida.

1.3 En premier lieu, les organismes autochtones nationaux ont pris la décision d'élaborer la stratégie en fonction des valeurs et des croyances propres aux peuples autochtones et ont incorporé à cette fin les quatre dons du Créateur : la bonté, l'honnêteté, le partage et la force, dans tous les aspects de la stratégie.

Le don de **BONTÉ** assure que nous respections et que nous traitions avec dignité toutes les créations du Grand Esprit, y compris les personnes qui souffrent du sida.

Le don d'**HONNÊTETÉ** assure que nous affrontions le problème du sida en nous rappelant qu'il touche nos communautés, et que nous prenons la responsabilité de nos gestes en toute sincérité et ouverture d'esprit.

Le don de **PARTAGE** assure que nous fournissions à autrui des informations claires, brèves et factuelles sur le sida et que nous échangions idées et approches avec d'autres intervenants.

Le don de **FORCE** assure que nous travaillions de concert, animés de la seule pensée de lutter contre la grave menace de la propagation de la maladie au sein de notre peuple.

1.4 MÉTHODE

La stratégie de recherche et de collecte d'informations adoptée par le Comité national mixte comprenait les cinq initiatives suivantes :

1) un appel de communications pour obtenir des points de vue de sources diverses;

2) des présentations par des organismes communautaires travaillant dans les domaines de la santé et du sida;

3) un questionnaire servant à rassembler des informations sur les activités de prévention et sur les besoins propres aux autochtones;

4) des visites aux sites de projets de prévention et d'éducation en matière de sida chez les autochtones; et

5) une recension complète des documents dans un cadre de recherche.

Deux documents sont nés de ces initiatives. Le premier, le Rapport provisoire, a été publié le 26 juin 1989. Il a été largement distribué aux communautés autochtones, aux autorités fédérales, provinciales et territoriales, de même qu'à d'autres groupes et organismes intéressés au Canada. Le Comité a tenu compte de la critique constructive et des données supplémentaires qu'il a reçues en réponse au Rapport et a consigné le tout dans le second document, le Recueil de constatations, auxquel on a mis la dernière main en novembre 1989.

Le Recueil de constatations cerne et aborde nombre de facteurs touchant les populations autochtones et le sida; cependant, il met l'accent spécifiquement sur les deux hypothèses mises de l'avant par le Comité national mixte :

1) Les facteurs qui mènent à l'infection au VIH, à l'apparition des maladies liées au VIH et au sida ont été observés au sein de la communauté autochtone.

2) Il existe un besoin de programmes et d'activités d'éducation et de prévention du sida axés spécifiquement sur les autochtones.

Le Recueil de constatations compile toutes les recherches effectuées d'avril à novembre 1989 en vue d'orienter la conception de la stratégie nationale.

1.4 La population autochtone -- facteurs qui influencent la stratégie d'éducation et de prévention du sida

1.4.1 APERÇU

D'après le recensement canadien de 1981, on a estimé la population autochtone, y compris les Amérindiens, les Inuit et les Métis, à 491 450 personnes ; cependant, les organismes autochtones ont estimé que ce nombre s'élevait à 700 000*. Les autochtones vivent à l'intérieur et à l'extérieur de réserves, dans des collectivités éloignées, isolées et rurales, ainsi que dans les grands centres urbains au Canada. Il existe cinquante-trois (53) langues autochtones, dont neuf (9) sont utilisées comme langue principale de communication, et vingt-six (26) autres, comme langue seconde. Des deux «langues officielles», l'anglais est utilisé par la majorité des autochtones (plus de 60 %). Pour ce qui est du français, il est parlé par moins de 10 % d'entre eux.

1.4.2 AGE/TAUX DE NATALITÉ

Plus de 40 % de la population autochtone a moins de 15 ans, et 66 %, moins de 25 ans. En comparaison, le tiers seulement de la population canadienne totale a moins de 15 ans.

Le taux de fécondité des Amérindiens (l'un des groupes de la population autochtone) âgés de 20 à 24 ans est le double de celui des Canadiens en général.

---

* La différence entre les données du recensement canadien et celles des organismes autochtones s'explique en grande partie par le fait qu'un grand nombre d'autochtones (30 % ou plus) ne participent pas au recensement canadien.

Même si le taux de natalité décroît, il demeure relativement élevé. James R. Frideres, dans son ouvrage intitulé Native Peoples in Canada -- Contemporary Conflicts, soulève les points suivants :

En 1981, les femmes autochtones avaient en moyenne 3,8 enfants, comparativement à 2,5 chez les femmes non autochtones. En rassemblant des données sur l'âge, nous avons découvert que les femmes autochtones âgées (65 ans et plus) avaient en moyenne 6,3 enfants (3,2 chez les femmes non autochtones du même âge), et que celles entre 45 et 64 ans avaient en moyenne 6,1 enfants (3,3 chez les femmes non autochtones du même âge)[2].

Si on les compare aux autres Canadiennes, les femmes autochtones ont une famille plus nombreuse et elles commencent à avoir leurs enfants plus jeunes. l'heure actuelle, on ne connaît pas le taux de grossesse chez les adolescentes autochtones à l'échelle nationale, mais selon des études communautaires localisées, ce taux de grossesse (adolescentes âgées de moins de 17 ans) est de deux fois supérieur à celui des adolescentes des collectivités non autochtones environnantes.

Les autochtones sont plus jeunes que le reste de la population, et, comme les quelques données que l'on possède sur les grossesses chez les adolescentes en font état, ils ont des relations sexuelles et, fait encore plus important, ils ne s'adonnent pas à des pratiques sexuelles sûres. Un nombre suffisant de données, fondées sur les taux de maladies transmises sexuellement (MTS) et les taux élevés de fécondité, portent à croire que le virus, une fois présent, peut se disséminer rapidement dans la population autochtone.

---

2 James S. Frideres, Native People in Canada-Contemporary Conflicts, Prentice-Hall Canada, Inc., Scarborough (Ontario), 1988.

1.4.3 ORIENTATION ET COMPORTEMENT SEXUELS

On ne possède pas de données précises sur la prévalence de l'homosexualité ou de la participation à des relations homosexuelles chez les autochtones. Cependant, il existe maintenant au Canada quatre organismes d'homosexuels autochtones.

Du fait qu'il y a peu de documentation sur les habitudes et le comportement sexuels des diverses cultures autochtones, le Comité national mixte éprouve des difficultés à fournir des recommandations concrètes ou à établir des mesures qui pourraient influer sur les comportements dans ces groupes.

Les organismes regroupant les homosexuels autochtones ont commencé à fournir des renseignements sur le sida à leurs communautés et à les sensibiliser à ce problème. Selon le Comité, il faudrait appuyer et encourager ces groupes afin qu'ils continuent à sensibiliser ces populations à risque élevé.

1.4.4 DEGRÉS DE SCOLARITÉ ET D'ALPHABÉTISATION

Même si le rendement scolaire des étudiants indiens et inuit s'améliore constamment, en 1988, le nombre de ces étudiants qui terminaient les douzième et treizième années était toujours de moins d'un quart de la proportion à l'échelle nationale. Même si les données du Projet national d'alphabétisation (Ottawa) concernant le degré d'alphabétisation courant de la population autochtone n'ont pu être obtenues, en se fondant simplement sur le rendement scolaire, on a pu déterminer que le degré d'alphabétisation des autochtones semblait être inférieur à celui que l'on retrouve à l'échelle nationale. Voilà pourquoi les documents portant sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, devront, dans une plus large mesure que pour le reste de la population, s'accompagner d'un support audio-visuel.

1.4.5 SITUATION GÉOGRAPHIQUE DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Comme il a déjà été mentionné, les autochtones vivent dans des localités rurales, éloignées et isolées, qui sont ou non situées dans des réserves et des centres urbains, partout au Canada.

Selon Frideres, environ 70 % des Amérindiens vivent dans des réserves situées dans des régions rurales ou éloignées (par comparaison à 25 % de la population en général). Les bandes rurales sont celles qui vivent à plus de 60 milles (100 kilomètres) du centre urbain le plus proche, et les bandes éloignées, celles qui se trouvent loin des routes menant dans un centre urbain. Cependant, les Indiens ne se sont pas aussi isolés sur le plan social du reste de la société que cette statistique semble l'indiquer. l'échelle nationale, moins de 30 % d'entre eux vivent dans des régions éloignées. Ce chiffre varie selon la région et il est de 5 % pour les Maritimes, de 44 % pour le Manitoba, et de plus de 80 % pour le Yukon.

La tendance récente, en ce qui concerne le lieu de résidence des Indiens, porte à croire qu'un nombre croissant d'entre eux vont maintenant vivre dans des centres urbains. Parmi ces derniers, plus de la moitié choisissent les régions métropolitaines de plus de 100 000 habitants. Cette migration vers les grandes villes s'explique de deux façons. D'abord, un emploi non spécialisé est plus facile à obtenir dans les grandes villes que dans les petites. Ensuite, il y a de plus en plus de ghettos autochtones dans diverses villes comme Winnipeg, Toronto et Edmonton. Lorsqu'un nombre assez important de personnes du même groupe ethnique réside dans une région pauvre donnée, d'autres membres de ce groupe trouvent qu'il est plus facile de vivre là eux aussi[3]...

Plus de quatre-vingt-dix pour cent (90 %) de la population inuit du Canada vit dans des régions éloignées et situées au nord, c'est-à-dire les Territoires du Nord-Ouest, le Nord du Québec et le Labrador. Ces régions sont isolées et par conséquent difficiles d'accès pour les médias principaux.

Du fait que les autochtones vivent dans diverses régions, et que l'accès direct à des informations et des services appropriés varie selon l'emplacement, les initiatives d'évaluation des autochtones pour la prévention du sida devront se faire dans les communautés.

---

[3] **Ibidem**

1.4.6 ÉTAT DE SANTÉ

On estime que la durée de vie des autochtones est de dix ans inférieure à celle des Canadiens moyens, et que le taux de mortalité infantile est de quarante pour cent (40 %) plus élevé que celui du reste de la population canadienne.

Selon Frideres, dans les réserves, le piètre état de santé des autochtones et le taux élevé de mortalité sont directement reliés au fait que ces derniers ont peu accès à des établissements de soins médicaux, qu'ils ne disposent pas de services d'égout, qu'ils sont constamment exposés à la maladie, et qu'ils manquent de services de soins de santé en général. En 1963, le taux de mortalité chez les Indiens était extrêmement élevé, soit 25 pour 1 000. Même si ce chiffre est passé à 15 pour 1 000 en 1981, il demeure quand même beaucoup plus élevé que le taux national, qui est de 7 pour 1 000. Les taux de mortalité infantile (jusqu'à quatre semaines) et de mortalité post-néonatale (de quatre semaines à un an) sont également très élevés. En 1963, le taux de mortalité post-néonatale était de 60 pour 1 000, par rapport à 9 pour 1 000, chez la population en général. En 1977, ce taux a diminué considérablement; cependant, à 15 pour 1 000, il demeure deux fois plus élevé que le taux national. En 1983, le taux de mortalité post-néonatale avait encore diminué, mais il demeurait toujours de 3,8 fois plus élevé, environ, que celui de la population en général[4].

---

[4] Ibidem

D'après un article publié par l'Association médicale canadienne, (par Shah et Farkas) en novembre 1985, chez les Indiens, on a noté une forte prévalence de certaines des causes principales d'invalidité, comme l'anémie, le diabète, les affections de la vésicule biliaire, les maladies infectieuses et parasitaires, les affections pulmonaires, les troubles auditifs et visuels et les problèmes dentaires. Les troubles mentaux et les problèmes liés à la toxicomanie sont également courants. Le pourcentage de personnes invalides et handicapées est en outre plus élevé que dans tout autre segment de la population canadienne[5].

De plus, par example, les statistiques de Santé et Bien-être social indiquent qu'en 1984 dans la province de Manitoba le nombre de cas de syphilis chez les Indiens «était de 21,7 pour 100 000, par rapport à 6,6 pour 100 000, pour la population non autochtone[6]».

Il est clair que les personnes souffrant d'une MTS se sont adonnées à des pratiques sexuelles dangereuses.

Le taux élevé de MTS au sein de la communauté autochtone montre qu'une fois que le virus est présent dans cette communauté, il peut se transmettre plus facilement en raison de la présence d'ulcères génitaux imputables à certaines MTS.

Selon des recherches récentes (y compris celles de l'Organisation mondiale de la santé), lorsque le système immunitaire est affaibli par une infection ou une maladie, les affections liées au VIH et le sida peuvent se propager plus rapidement lorsqu'une personne a été exposée au virus.

---

[5] Shah et Farkas, The Health of Indians in Canadian Cities: A Challenge to the Health Care System, Association médicale canadienne, Vol. 133, 1er novembre 1985.

[6] Santé et Bien-être social Canada, L'état de santé des Amérindiens et des Inuit du Canada, mise à jour de 1987, DGSM, Ottawa, 1988.

1.4.7 LA POPULATION AUTOCHTONE : HÉTÉROGÈNE DE PAR SA CULTURE

La population autochtone du Canada se compose de nombreux groupes culturels; ces derniers parlent des langues différentes, ils vivent dans divers endroits et ils possèdent des traditions, des coutumes et des modes de vie différents. En raison de cette diversité, ce qui est acceptable au plan du comportement et qui est efficace pour stimuler et appuyer un changement de comportement varie selon la population.

Voilà pourquoi il est impossible et inefficace d'élaborer un message «générique» d'éducation des autochtones pour la prévention du sida.

1.4.8 PRESTATIONS DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ LA POPULATION AUTOCHTONE

C'est à Santé et Bien-être social Canada, par l'entremise de la Direction générale des services médicaux, qu'incombe la responsabilité de fournir des services de soins de santé aux 350 000 Indiens qui vivent dans des réserves au Canada et aux 7 550 Inuit qui vivent dans le Nord du Québec, au Labrador et au sud du 60° parallèle, ailleurs au Canada. En ce qui concerne les Métis, environ 100 000 d'entre eux obtiennent des services de soins de santé (tout comme les autres citoyens) des provinces où ils résident.

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien est chargé de fournir des services de santé psycho-sociaux, des soins aux invalides et des soins à domicile aux Indiens vivant dans les réserves et aux communautés inuit.

Dans bien des cas, certains services (soins de santé, éducation, logement, etc.) sont fournis directement par les ministères du gouvernement fédéral. Néanmoins, la politique du gouvernement fédéral est de faire passer l'administration et la prestation des services aux communautés des Premières Nations et aux communautés inuit. A l'heure actuelle, plus de soixante-dix pour cent (70 %) du budget alloué par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien pour le Programme des affaires indiennes et inuit, par exemple, est donc administré directement par les communautés autochtones.

Les Métis reçoivent des services des provinces où ils résident. Il en va de même pour les Indiens et les Inuit qui ont quitté leur communauté, mais dans leur cas, les coûts qui en résultent sont la responsabilité du gouvernement fédéral en vertu des accords fédéraux-provinciaux-territoriaux.

Le gouvernement fédéral a, par conséquent, un rôle beaucoup plus important à jouer en ce qui concerne le genre et la qualité des services de santé fournis à la majorité de la population autochtone qu'au reste de la société canadienne.

Cependant, la méfiance à l'égard du réseau médico-hospitalier et la discrimination constituent, selon les autochtones, les obstacles majeurs qui les empêchent d'avoir recours à des services de soins de santé appropriés s'ils croient être séropositifs ou s'ils en ont reçu la confirmation et qu'ils ont besoin de soins médicaux.

Pour les autochtones, l'accès à des épreuves de dépistage du VIH appropriées et le genre de counseling et de traitement disponibles, s'ils soupçonnent qu'ils ont été infectés, dépendent de l'endroit où ils vivent et de la sphère de compétence dans laquelle ces services de soins de santé sont fournis.

En outre, la propagation du VIH et la possibilité d'un nombre toujours croissant de cas de sida chez les autochtones auront un effet considérable sur la quantité de services qui passeront des Services médicaux (Santé et Bien-être social Canada) aux autorités indiennes et inuit. Les programmes de santé communautaire qui ont été élaborés dans le Guide sur le transfert des programmes de santé (Santé et Bien-être social) devraient, par conséquent, comprendre des programmes d'éducation et de prévention touchant la propagation du VIH, le dépistage, le counseling, le traitement et les soins à donner aux personnes infectées.

1.5 STRATÉGIE NATIONALE : LE DÉFI À RELEVER

Le défi à relever pour mettre au point la Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida consiste à déterminer les besoins particuliers de la population autochtone ainsi que les voies et moyens les plus efficaces de satisfaire à ces besoins. Le simple fait d'adapter les messages conçus pour la population du Canada en général (avec ses valeurs et ses coutumes) aux autochtones équivaudrait à leur refuser l'accès à une information significative et vitale.

1.5.1 DÉNÉGATION DU SIDA CHEZ LES AUTOCHTONES

D'après les statistiques réunies au 23 novembre 1989 par le Centre fédéral sur le sida (CFS) et provenant de données recueillies par des médecins partout au Canada par l'entremise du processus de surveillance du sida, il y a au total vingt (20) cas de sida chez les autochtones.

Sur le tableau suivant, on retrouve les cas déclarés de sida chez les autochtones, ainsi qu'une comparaison avec ceux des autres groupes ethniques ou raciaux du Canada. Il fait également état du sexe et des catégories de transmission ou des facteurs de risque.

LE SIDA AU CANADA
SELON LA RACE OU L'ORIGINE ETHNIQUE,
LE SEXE ET LE RISQUE
(le 23 novembre 1989[6])

VARIABLES	AUTOCHTONES	BLANCS	NOIRS	INDO ASIATIQUES	HISPANIQUES	ORIENTAUX	INCONNUS	TOTAL %
I SEXE								
HOMMES	15	1732	138	17	19	7	1022	2950 (93,7%)
FEMMES	5	91	70	2	0	1	29	198 (6,3%)
II Facteurs de risque								
ADULTES :								
Rapports homosexuels/ bisexuels (seulement)	13	1519	24	11	17	6	914	2504 (79,5%)
Utilisation de drogues par voie intraveineuse (seulement)	1	16	3	0	1	0	8	29 (0,9%)
Les deux facteurs de risque susmentionnés	1	54	2	2	0	0	32	91 (2,9%)
Personnes ayant reçu des produits du sang	2	100	1	2	0	2	50	157 (5,0%)
Rapports hétérosexuels:								
(a) origine dans un pays de modèle II	0	0	131	0	0	0	4	135 (4,3%)
(b) relation sexuelle avec une personne à risque	2	64	9	2	0	0	12	89 (2,5%)
Aucun facteur de risque identifié	0	58	6	1	1	0	27	93 (2,9%)
ENFANTS :								
Transmission périnatale	1	6	32	1	0	0	1	41 (1,3%)
Enfants ayant reçu des produits du sang	0	6	0	0	0	0	3	9 (0,3%)
TOTAL	20	1823	208	19	19	8	151	3148 (100%)

[6] Bureau de l'épidémiologie et de la surveillance, Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, OTTAWA, le 23 novembre 1989.

L'un des principaux problèmes que pose la mise au point d'une stratégie nationale destinée à empêcher la propagation du VIH et du sida chez les autochtones est que bon nombre d'autochtones refusent de croire que le virus et la maladie sont présents dans leur population. Selon les cas déclarés, vingt (20) autochtones souffrent de sida; parmi ces derniers, dix sont décédés à la suite de la maladie. En outre, les recherches indiquent que pour chaque cas de sida il y a entre cinquante (50) et cent (100) personnes de plus qui sont infectées au VIH.

Les statistiques dont on dispose portent à croire que sur les sept groupes raciaux ou ethniques chez qui l'on retrouve des cas de sida, au Canada, les autochtones se classent au quatrième rang.

1.5.2 RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH CHEZ LES HÉTÉROSEXUELS

La possibilité d'une transmission hétérosexuelle chez les autochtones représente un autre défi de taille en ce qui concerne la mise au point d'une stratégie d'éducation et de prévention efficace.

Les recherches donnent à penser que, contrairement à l'ensemble de la population du Canada, les autochtones présentent des caractéristiques communes avec ceux qui ont le même mode de propagation que les pays de modèle II, dont la plus notable est certes le taux élevé de maladies transmises sexuellement (MTS). Les pays de modèle II, y compris ceux de l'Afrique, sont définis par l'Organisation mondiale de la santé comme ceux qui présentent un taux élevé d'infection au VIH, et dont la transmission du virus se fait principalement par contact hétérosexuel.

Du fait que de nombreuses MTS sont la cause d'ulcères génitaux, la possibilité d'une infection au VIH chez les hétérosexuels se trouve accrue. De plus, selon le Dr Jonathan Mann, de l'Organisation mondiale de la santé, les personnes dont le système immunitaire est affaibli à la

suite d'infections chroniques (comme les MTS) peuvent être plus facilement infectées si elles sont exposées au VIH. Chez les autochtones, les taux de MTS sont presque de quatre fois plus élevés que ceux de la population canadienne en général. Voilà pourquoi il est très possible que les communautés autochtones deviennent des communautés de modèle II, même dans un pays de modèle I comme le Canada.

A la lumière des cas déclarés de sida chez les autochtones, on a noté que vingt-cinq pour cent (25 %) d'entre eux concernaient des femmes, par rapport à une moyenne nationale de 6,3 %. Cette statistique permet également de dénoter une différence importante concernant la façon dont le virus se propage dans les communautés autochtones. Le nombre de sidatiques chez les autochtones est trop peu élevé pour permettre des prédictions significatives au plan statistique.

1.5.3 STRATÉGIE NATIONALE SUR L'ÉDUCATION DES AUTOCHTONES POUR LA PRÉVENTION DU SIDA : AUTRES FACTEURS PRÉSENTANT UN DÉFI

Puisque les communautés autochtones sont particulièrement différentes les unes des autres, le défi consiste à appuyer les efforts d'éducation pour la prévention du sida entrepris dans chaque communauté et adaptés aux circonstances particulières.

Puisque les communautés autochtones luttent constamment contre bon nombre de problèmes sanitaires et sociaux très importants, le défi consiste à encourager la sensibilisation et l'intérêt en ce qui concerne la menace très réelle que l'infection au VIH pose pour les autochtones, indépendamment de l'endroit où ils vivent.

Puisque de nombreuses communautés autochtones estiment maintenant qu'elles n'ont pas le pouvoir nécessaire de changer leurs situations sociale, économique et politique, le défi consiste à montrer à ces personnes qu'elles possèdent bel et bien le pouvoir nécessaire pour substituer à leurs propres comportements d'autres comportements plus positifs.

Enfin, le défi que pose l'élaboration de la Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida consiste à se rendre compte que cette question exige de toute urgence, une solution qui respecte les droits des communautés à déterminer la façon d'agir en leur propre nom et le moment de le faire.

2.0 BUT DE LA STRATÉGIE NATIONALE SUR L'ÉDUCATION DES AUTOCHTONES POUR LA PRÉVENTION DU SIDA

Le but de la stratégie est d'aider les gouvernements autochtones, le Centre fédéral sur le sida et les autres personnes qui peuvent y être intéressées à déterminer les mesures les plus efficaces pour participer à la lutte contre le sida chez les communautés autochtones.

Cette stratégie a été élaborée afin que le gouvernement fédéral, les organismes autochtones, les communautés et la population puissent déterminer quelles activités pourraient être entreprises, et à quels éléments ils devraient consacrer ressources, temps et efforts.

Nous avons rédigé le présent document de façon à ce qu'il puisse servir à la fois aux décideurs et aux communautés qui recherchent des idées pouvant leur servir de point de départ.

3.0 OBJECTIFS

Le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida a établi les objectifs généraux suivants pour la Stratégie nationale :

1) sensibiliser et renseigner davantage les autochtones quant à la transmission du VIH, à l'infection et à l'apparition des diverses affections liées au VIH et du sida;

2) réduire la possibilité de transmission du VIH grâce à des mesures d'éducation et de prévention axées sur l'incitation à adopter un comportement responsable, comme des pratiques sexuelles sûres et une utilisation plus sûre de drogues intraveineuses;

3) encourager et appuyer un changement de comportement constant grâce à de la compréhension et à des mesures appropriées au sein de la communauté;

4) inciter les personnes qui peuvent présenter un risque élevé d'infection au VIH à accepter le fait qu'elles ont la responsabilité de modifier leurs pratiques sexuelles dangereuses;

5) aider les communautés autochtones à soutenir les personnes séropositives et celles qui souffrent du sida et des diverses affections liées au VIH; et

6) aider les communautés autochtones à tenir compte des aspects économiques et sociaux touchant les diverses affections liées au VIH et le sida.

4.0 PRINCIPES DIRECTEURS

En se fondant sur les quatre principes moraux du Grand Esprit, qui sont la bonté, l'honnêteté, le partage et la force, le Comité national mixte a établi des principes afin de permettre une élaboration plus adéquate des programmes et des politiques sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida :

1) L'approche doit être holistique et fondée sur la culture, les traditions et les coutumes des communautés autochtones et ainsi toucher la communauté dans son entier, y compris les jeunes, les parents, les anciens et les chefs de la communauté;

2) L'approche doit être positive et ne pas être une critique des comportements passés;

3) L'approche doit appuyer la prise en charge par la communauté et les particuliers des responsabilités auxquelles ils doivent faire face;

4) L'approche doit assurer un accès égal pour toutes les communautés autochtones à l'information et aux ressources;

5) L'approche doit tenir compte des différents points de vue sur la sexualité et y être sensible; et

6) L'approche doit encourager l'élaboration par les communautés, de mesures d'ensemble contre le sida, y compris l'éducation et la prévention en matière d'infections au VIH et faire en sorte que les personnes déjà infectées bénéficient de la tolérance et de la compréhension d'autrui.

5.0 ÉLÉMENTS DE LA STRATÉGIE

La Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida comprend cinq éléments ayant pour but de faciliter la réalisation des objectifs décrits en 3.0, de la façon suivante :

CAMPAGNES GÉNÉRALES DE SENSIBILISATION ET D'ÉDUCATION

1) Campagnes générales de sensibilisation et d'éducation axées spécifiquement sur les autochtones et adaptées à toutes les cultures afin d'être utilisées largement grâce à l'appui des ressources humaines et financières.

INITIATIVES COMMUNAUTAIRES

2) Initiatives communautaires spécifiques en matière d'éducation et de prévention élaborées et mises en oeuvre par les autochtones grâce à l'appui des ressources humaines et financières appropriées.

SIDA : QUESTION PRIORITAIRE

3) Élaboration de mesures d'éducation pour la prévention du sida qui doivent devenir des priorités pour toutes les instances autochtones de prise de décisions (réunions du gouvernement des Premières Nations, des commissions scolaires et du conseil régional, ainsi que les activités de la tribu, etc.)

RECHERCHE ORIENTÉE

4) Recherche orientée qui se révélera utile pour la mise au point ou l'évaluation d'initiatives et d'efforts futurs concernant l'éducation et la prévention.

SURVEILLANCE DE LA STRATÉGIE

5) Nouveau mandat d'une durée de trois ans accordé au Comité national mixte afin qu'il assure la promotion de la Stratégie, son application et son évaluation efficaces.

6.0 LIGNES DIRECTRICES DU PROGRAMME

Les organismes et groupes communautaires autochtones ont mis sur pied diverses activités d'éducation pour la prévention du sida, partout au Canada. Le Comité national mixte a demandé à ces organismes et à d'autres groupes de faire connaître leurs opinions sur les activités qui étaient les plus efficaces et qui pouvaient avoir le plus d'effet sur les communautés autochtones. Grâce aux renseignements ainsi recueillis et à d'autres recherches, on a pu élaborer les lignes directrices du programme qui sont axées sur les cinq éléments de la stratégie et sur les principes directeurs sous-jacents.

(1) Campagnes générales de sensibilisation et d'éducation axées spécifiquement sur les autochtones et adaptées à toutes les cultures afin d'être utilisées largement grâce à l'appui des ressources humaines et financières.

Le gouvernement fédéral, les organismes autochtones et tous les autres gouvernements devraient également songer à mettre sur pied des campagnes générales de sensibilisation et d'éducation à l'aide des paramètres suivants :

a) Approche holistique - Ces initiatives devraient adopter une approche holistique et s'adresser non seulement à ceux qui peuvent devenir infectés au VIH, mais également aux membres des communautés autochtones qui pourront avoir à leur apporter leur appui.

b) Moyens audiovisuels - On devrait utiliser au maximum les moyens audiovisuels au cours des campagnes, ceci en raison des divers degrés d'alphabétisation et des différences de langages au sein des groupes autochtones.

c) Adaptation à toutes les cultures - Il faudrait, autant que possible, que les messages puissent s'adapter à toutes les cultures, ceci afin de satisfaire aux besoins en information de chacun.

d) Activités permanentes - Les campagnes générales de sensibilisation devraient être permanentes plutôt que ponctuelles.

e) Lien avec les activités existantes sur le sida - Afin de permettre une étude plus approfondie de certaines des idées énoncées, on devrait créer des groupes et établir des liens entre ces groupes et les autres groupes de lutte contre le sida.

ACTIVITÉS POSSIBLES

- Productions théâtrales et autres activités artistiques.

- Campagnes de marketing social dans les médias autochtones, c'est-à-dire des messages publicitaires, des entrevues et des articles.

- Réalisation de calendriers, de livres à colorier et d'autre matériel approprié.

- Campagnes de conférences régionales et nationales.

- Programmes de cours (Informations sur le VIH et le sida)

- Renseignements fournis aux décideurs sur les besoins spécifiques des autochtones.

- Présentations destinées aux gouvernements autochtones et aux organismes communautaires autochtones, comme les centres d'accueil, les organismes de femmes, les groupes de jeunes et les responsables de l'éducation.

- Présentations destinées aux autres autorités (c'est-à-dire municipales, provinciales, territoriales et fédérales).

- Présentations destinées à d'autres organismes, comme les églises, les établissements correctionnels et les responsables d'autres programmes d'éducation pour la prévention du sida.

- Participation des autochtones aux conférences et colloques internationaux regroupant des autochtones.

(2) Initiatives communautaires spécifiques en matière d'éducation et de prévention élaborées et mises en oeuvre par les autochtones grâce à l'appui des ressources humaines et financières appropriées.

On devrait tenir compte des paramètres suivants lorsqu'on met au point ces activités :

a) Approche holistique - L'approche devrait être holistique, c'est-à-dire toucher la communauté dans son entier.

b) Approche positive - L'approche doit être positive et ne pas être une critique des comportements passés;

c) Prise en charge - L'approche doit appuyer la prise en charge par la communauté et les particuliers des responsabilités auxquelles ils doivent faire face;

d) Approche sensible - L'approche doit tenir compte des divergences d'opinion sur la sexualité et y être sensible; et

e) Approche accessible - L'approche doit assurer un accès égal pour toutes les communautés autochtones à l'information et aux ressources;

f) Activités communautaires - Les activités doivent être conçues et mises en oeuvre au sein de la communauté, en utilisant son langage, ses coutumes et ses traditions.

g) Activité intégrées - Les activités devraient inclure des messages d'éducation sur le VIH et le sida visant la prévention d'autres MTS.

h) Activités permanentes - Les activités devraient être permanentes plutôt que ponctuelles.

AUTRES ACTIVITÉS

- Liens établis avec d'autres organismes de prévention du sida qui peuvent aider à la conception et à l'application du programme.

- Efforts de marketing effectués localement et fondés sur des changements de comportement et de mode de vie.

- Distribution de condoms ou accès plus facile à ce produit dans les endroits où des gens se réunissent (écoles, centres communautaires, bingos, rencontres, événements sociaux et communautaires, assemblées, etc.)

- Programmes d'échange de seringues.

- Création de lignes d'écoute sur le sida où l'on fournit des conseils et où l'on met continuellement à jour l'information à ce sujet.

- Message d'intérêt public dans les médias autochtones locaux.

- Distribution de matériel didactique dans les écoles.

- Organisation d'ateliers communautaires et exposés d'experts sur le sida ou d'autochtones souffrant du sida.

- Réalisation d'émissions de radio ou de télévision locales.

- Préparation de documents, d'affiches et de brochures.

(3) **Élaboration de mesures d'éducation pour la prévention du sida qui doivent devenir des priorités pour toutes les instances autochtones de prise de décisions (réunions du gouvernement des Premières Nations, des commissions scolaires et du conseil régional, ainsi que les activités de la tribu, les organismes de services sociaux, les comités de soins de santé, etc.)**

Ces mesures devraient être établies à la lumière des paramètres suivants :

a) Appui - Assister et appuyer ceux qui sont responsables quotidiennement des mesures d'éducation pour la prévention du sida.

b) Efforts à long terme, permanents périodiques - S'assurer que les mesures sont prévues à long terme et qu'elles comportent des messages uniformes et des mises à jour périodiques afin de susciter un intérêt constant.

c) Conscientisation - Les dirigeants autochtones devraient être vus et entendus lorsqu'ils appuient les efforts permanents d'éducation pour la prévention du sida.

d) Ressources - L'approche doit veiller à ce que lorsque l'éducation pour la prévention du sida devient une priorité, les ressources nécessaires soient fournies au personnel responsable (c'est-à-dire la formation et les ressources).

LES ACTIVITÉS PEUVENT COMPRENDRE :

- Des discussions sur le sida à chacune des rencontres à l'horaire, quel qu'en soit le but ou l'ordre du jour.

- L'établissement de liens avec d'autres organismes de lutte contre le sida, afin de partager des informations, des conseils, de l'orientation et de la formation.

- Des programmes de formation sur le VIH et sur les autres MTS à l'intention du personnel régulier, c'est-à-dire le personnel du CRSH, les infirmiers et infirmières, les interprètes, les conseillers en matière d'alcoolisme et de toxicomanie, les membres de comités sur la santé, etc.

- Des exposés présentés aux gouvernements des Premières Nations et aux autres décisionnaires sur les besoins des communautés en matière de soins destinés aux sidatiques.

- Une aide professionnelle et personnelle offerte aux travailleurs communautaires et à tous les pourvoyeurs de soins.

- L'établissement d'un réseau professionnel de partage de l'information et de discussion des problèmes.

- L'élaboration de ressources à l'intention des pourvoyeurs de soins.

- La planification de traitements et de soins à accorder aux employés ainsi qu'aux sujets infectés au VIH.

- L'adoption, par les organismes, de politiques liées au sida à l'intention des employés.

- Une évaluation de l'impact de toutes les mesures en cours ou prévues, pour déterminer l'efficacité des activités d'éducation des autochtones pour la prévention du sida.

(4) Recherche orientée qui se révélera utile pour la mise au point ou l'évaluation d'initiatives et d'efforts futurs concernant l'éducation et la prévention.

Ces activités devraient être établies à la lumière des paramètres suivants :

(a) Caractère pratiques - Les activités de recherche devraient apporter des renseignements utiles et nécessaires.

(b) Recherche générale - Respect des principes déontologiques et méthodologiques de recherche généralement admis dans la communauté universitaire.

Ces activités peuvent comprendre :

- Des études portant sur les connaissances, les attitudes et les comportements de groupes parmi la population autochtone, qui pourraient être utilisées plus tard dans le cadre de la planification et de l'établissement de programmes.

- L'élaboration, l'adaptation et l'utilisation d'outils conçus pour mesurer les connaissances, les attitudes et les comportements des autochtones et des jeunes face à la sexualité et au sida.

- Des études pour mesurer les connaissances, les attitudes et les comportements des personnes ayant un comportement à risque élevé.

- Des études focalisant sur les effets particuliers du sida sur les communautés autochtones, par exemple : l'impact économique ou les implications relatives au transfert des services de santé.

(5) Nouveau mandat d'une durée de trois ans accordé au Comité national mixte afin qu'il assure la promotion de la Stratégie et son application et évaluation efficaces.

Le Comité national mixte devrait :

a) aider à la promotion de la Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida en partageant des informations, en identifiant les besoins particuliers des circonscriptions que les membres représentent, en donnant suite aux recommandations d'autres membres, etc.

b) examiner le genre d'activités entreprises par les communautés autochtones, les niveaux de ressources qui y correspondent, le délai de réaction ou de prestation des services, l'identification des besoins à combler, etc. et discuter avec les divers ministères et organismes intéressés afin d'assurer l'efficacité soutenue de la Stratégie.

c) s'assurer qu'un cadre d'évaluation est intégré dans le plan de chacun des programmes, qui pourrait comprendre :

   - des questionnaires de pré-test et de post-test;

   - des évaluations réalisées par un tiers;

   - des études longitudinales;

   - le contrôle des données épidémiologiques existantes;

   - des études sérielles portant sur les connaissances, les attitudes et les comportements;

   - des évaluations formatives.

   Les effets de chaque programme d'éducation des autochtones pour la prévention du sida devraient être mesurés au titre de leur efficacité, et les problèmes devraient être cernés.

d) réviser la Stratégie, la mettre à jour et l'amplifier si des lacunes sont relevées.

e) sensibiliser les communautés autochtones au sida par des exposés, des ateliers, etc.

f) informer le public canadien au sujet du sida et de son incidence potentielle sur la communauté autochtone, et lui expliquer pourquoi des mesures spéciales sont requises pour ce segment de la population canadienne.

7.0 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Le Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida a mis au point les recommandations générales suivantes en s'appuyant sur toute la recherche et sur toute les données exposées dans le Recueil des constatations du 14 décembre 1989 :

(1) **Le Comité national mixte recommande, en se fondant sur les besoins distincts des populations autochtones, qu'une stratégie particulière sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida soit élaborée et mise en application par tous les ordres de gouvernement.**

Bien-fondé : La recherche a clairement montré que, en raison des différences culturelles, sociales, politiques, géographiques et linguistiques entre la population autochtone et l'ensemble de la société canadienne, des mesures spéciales et une stratégie unique sont requises pour combler les besoins de la population autochtone en ce qui a trait à l'éducation et à la prévention du sida.

De plus, à cause des risques de propagation selon le modèle II (transmission hétérosexuelle du VIH) dans la communauté autochtone, une approche plus générale et plus complexe est nécessaire.

(2) **Que le centre des activités, programmes et projets d'éducation des autochtones pour la prévention du sida soit les communautés elles-mêmes, aussi bien pour ce qui est de la planification que de l'application.**

Bien-fondé : Puisque les communautés autochtones sont hétérogènes et très dissemblables l'une de l'autre en ce qui a trait à leur culture, à leur langue, à leur situation géographique, à leur structure politique et à leur dimension démographique, il n'existe pas de formule générique de planification et de diffusion du message de prévention du sida chez les autochtones. Bien qu'il soit possible d'élaborer un message d'information général «culturellement

exportable», on obtiendrait l'impact maximal en prenant bien en considération ce qui est acceptable pour chaque communauté en ce qui a trait à la planification et à la diffusion. En conséquence, on devrait accorder la priorité aux groupes communautaires.

(3) **Le Comité national mixte recommande que les ressources financières disponibles soient allouées aux groupes communautaires qui planifient et mettent en application des programmes d'éducation et de prévention du sida, et que l'information concernant la disponibilité de ces ressources soit immédiatement rendue publique et accessible.**

Bien-fondé : Alors que nombre de programmes d'éducation des autochtones pour la prévention du sida sont actuellement en cours au Canada, des organismes autochtones et des groupes communautaires ont mentionné que le manque de ressources financières constituait l'obstacle majeur à l'élaboration et à la mise sur pied de programmes efficaces de prévention du sida. Comme nombre de ces groupes sont surchargés de travail et manquent de temps, il leur est nécessaire d'augmenter leur personnel pour s'attaquer à la question du sida. De surcroît, beaucoup ignorent que des sommes sont à leur disposition, ou ne connaissent pas les critères et les délais requis pour le traitement d'une demande; ces groupes ont exprimé leur désir d'obtenir de plus amples informations et d'y avoir un accès plus rationnel et efficace.

(4) **Le Comité national mixte recommande que l'on appuie le perfectionnement du personnel autochtone pour faciliter la lutte contre le sida dans les communautés autochtones par des programmes de formation et de partage d'information entre les communautés et les autres organismes participant à l'éducation pour la prévention du sida.**

Bien-fondé : Malgré le fait que nombre de communautés autochtones aient exprimé leur intérêt pour l'élaboration et l'exécution de programmes d'éducation pour la prévention du sida, il leur manque des personnes qualifiées pour les mettre en oeuvre. Ils ont demandé qu'un programme de

formation axé sur le sida et de l'information (documents imprimés, vidéos, etc.) soient offerts au personnel actuel des services sociaux et de santé.

Le Comité national mixte propose comme première étape, que les personnes intéressées par le sida ainsi que les communautés autochtones obtiennent le plus possible d'information sur le sujet, de manière à ce qu'on puisse cerner les besoins particuliers de formation et y répondre.

(5) **Le Comité national mixte recommande que des liens soient établis entre les organismes communautaires de lutte contre le sida et les communautés autochtones afin qu'ils partagent de l'information et qu'ils contribuent au perfectionnement des aptitudes et élaborent des programmes efficaces d'éducation pour la prévention du sida.**

Bien-fondé : Les organismes non autochtones de lutte contre le sida ont fourni des services à la population autochtone, à la demande de celle-ci; toutefois, comme le message de prévention du sida serait mieux transmis aux autochtones par des autochtones, leur rôle pourrait être de former les personnes-ressources autochtones. Qui plus est, les groupes autochtones ont besoin d'aide pour élaborer efficacement des programmes d'éducation et de prévention du sida, et plus particulièrement en ce qui a trait à l'intégration de composantes axées sur l'évaluation et le contrôle. Les organismes non autochtones, y compris les universités, pourraient apporter leur aide dans la préparation des propositions de programmes.

(6) **Le Comité national mixte recommande que des messages généraux de conscientisation «culturellement exportables» ou adaptables soient élaborés à l'usage des groupes autochtones de tout le Canada.**

Bien-fondé : A cause du manque d'information de base sur le sida et de l'incidence potentielle de ce dernier sur les communautés autochtones, il y a un urgent besoin de disposer d'informations axées sur les autochtones afin de sensibiliser les gens et de favoriser la discussion. Les groupes autochtones ont expressément demandé à pouvoir utiliser des vidéos dans le cadre d'ateliers, de

productions des médias autochtones, de salles de classes, etc. Ces messages devraient traiter précisément des faits fondamentaux et des idées actuelles sur la façon dont les individus et les communautés peuvent prévenir la propagation du VIH.

(7) **Le Comité national mixte recommande que des initiatives en matière d'éducation pour la prévention du sida soient également axées sur des groupes précis de la population autochtone qui peuvent être exposés à un plus grand risque de contracter le VIH, par exemple : les jeunes autochtones (enfants de la rue), les toxicomanes qui s'injectent de la drogue, les prostitués et prostituées, les prisonniers, etc.**

Bien-fondé : Bien qu'il soit difficile de cibler efficacement les individus à risque élevé, il faut continuer de s'efforcer de présenter les comportements à risque et leurs conséquences, et en même temps d'indiquer des solutions de rechange.

(8) **Le Comité national mixte recommande que des activités d'éducation des autochtones pour la prévention du sida soient conçues pour l'ensemble de la population autochtone, y compris les anciens, les parents, les enfants, les décideurs et les pourvoyeurs de services.**

Bien-fondé : La recherche montre que, sans le soutien de la communauté entière, un changement durable du comportement n'est pas un objectif réaliste des mesures d'éducation et de prévention du sida. Tous les secteurs de la communauté doivent envisager la transmission du VIH comme une menace et mettre au point des réseaux de soutien, non seulement pour prévenir la propagation, mais également pour prendre soin des personnes atteintes de la maladie. De plus, notre recherche montre que la transmission du VIH dans les communautés autochtones ressemble beaucoup à celle des pays de modèle II. Alors que le Canada est généralement considéré comme un pays de modèle I parce que la transmission du VIH y est en grande partie liée à des activités homosexuelles ou bisexuelles ou à l'injection de drogues, le Comité craint que les communautés autochtones, en raison

des forts taux de MTS, ne subissent une infection au VIH due aux activités hétérosexuelles plus élevées que chez le reste de la population canadienne. Il est donc essentiel que la communauté autochtone participe à l'éducation et à la prévention du sida et soit consciente du fait que le VIH ne présente pas un danger uniquement pour les homosexuels ou bisexuels, ou encore pour les toxicomanes qui s'injectent de la drogue.

(9) **Le Comité national mixte recommande que des études de prévalence de séropositivité soient entreprises dans les communautés autochtones, mais que ces études soient soumises à l'approbation de la communauté et satisfassent de la façon suivante aux conditions établies par Somerville et Gilmore en 1988 dans leur rapport sur les tests de dépistage de l'anticorps dirigé contre le VIH au Canada :**

1. Des études qui respectent le code déontologique ne devraient être menées que de façon aveugle (à l'insu) et anonyme;

2. Des études qui respectent le code déontologique ne devraient être effectuées que sur des spécimens obtenus pour d'autres épreuves courantes;

3. Seules les données démographiques déjà fournies pour ces spécimens devraient être recueillies;

4. Les personnes rencontrées dans le cadre de l'étude proposée doivent avoir accès aux tests volontaires de dépistage de l'anticorps dirigé contre le HIV, sous réserve du consentement de l'intéressé et à des séances de counseling avant et après le test; le caractère confidentiel des données doit être préservé.

Bien-fondé : Les données sur la prévalence de séropositivité et les aspects démographiques sont incomplètes, voire complètement absentes, dans le cas des communautés autochtones. Ces renseignements sont essentiels au contrôle de la propagation de la maladie, à la planification des programmes, à la répartition des ressources et à l'évaluation des programmes.

(10) **Le Comité national mixte recommande que tous les autochtones du Canada aient accès à des tests de dépistage du VIH gratuits et confidentiels.**

Bien-fondé : Lorsqu'une personne est mise au courant du fait qu'elle est ou non séropositive (VIH), cela représente un pas dans la bonne voie, lorsqu'il s'agit de prévenir la propagation du virus. Il est important que les autochtones qui le désirent aient facilement accès à ce service.

De plus, les sujets qui connaissent leur état peuvent souhaiter qu'on intervienne à temps par l'administration de médicaments tels que l'AZT, qui peut retarder les manifestations des maladies reliées au VIH et du sida.

(11) **Le Comité national mixte recommande que les obstacles auxquels font face les autochtones à l'intérieur de l'infrastructure sanitaire et qui retardent l'application opportune de mesures servant à réduire au minimum la manifestation de la gamme de maladies liées au VIH soient explicitement identifiés et que des mesures soient prises pour les supprimer.**

Bien-fondé : Les autochtones ont mentionné que la discrimination et la méfiance du réseau médico-hospitalier étaient des obstacles majeurs à l'obtention de services convenables dans le domaine des soins de santé si eux-mêmes soupçonnent qu'ils sont séropositifs ou s'ils ont subi un test de dépistage positif et qu'ils ont besoin de soins médicaux. En dépit de l'engagement d'une partie du personnel des Services médicaux qui dispense des soins et des conseils aux Indiens et Inuit vivant dans des localités éloignées, isolées et rurales, certains autochtones ont exprimé de la répugnance à partager avec eux des informations «personnelles» dans la crainte d'une réaction «réprobatrice». Il a été recommandé que le personnel médical actuellement en place reçoive une formation de sensibilisation aux facteurs culturels. On demande également plus de documentation sur ce phénomène.

(12) **Le Comité national mixte recommande que des programmes favorisant l'utilisation de condoms et l'échange de seringues soient rapidement offerts et facilement accessibles aux autochtones.**

Bien-fondé : Il est indispensable que des mesures préventives comme des pratiques sexuelles sûres et des pratiques plus sûres liées à l'injection de drogues soient appuyées par des programmes facilement accessibles à tous, préconisant l'utilisation de condoms et l'échange de seringues. Faute d'un appui adéquat, les messages de prévention seront laissés pour compte.

(13) **Le Comité national mixte recommande, si c'est opportun et possible au point de vue financier, que l'on entreprenne des études portant sur les connaissances, les attitudes et les comportements pour faciliter la planification, la conception et l'implantation de programmes d'éducation et de prévention du sida et pour en évaluer l'efficacité.**

Bien-fondé : Bien que des études portant sur les CAC (connaissance, attitude et comportement) ne doivent pas être des conditions préalables à l'élaboration et à l'administration de programmes efficaces d'éducation des autochtones pour la prévention du sida, elles constituent néanmoins d'importants outils servant à évaluer leur efficacité au plan du changement de comportement et fournissent de l'information précise qui facilite la planification.

(14) **Le Comité national mixte recommande que l'on appuie les efforts déployés en vue de mener des recherches de qualité dans le domaine de la sexualité et des comportements sexuels des autochtones.**

Bien-fondé : On possède peu de comptes rendus historiques et anthropologiques qui expliquent comment les autochtones considèrent la sexualité et comment l'arrivée de missionnaires, de commerçants et d'autres étrangers a transformé ces vues par l'imposition de systèmes de valeurs étrangers.

Quoique l'on possède des statistiques concernant les taux élevés de maladies transmissibles sexuellement, les abus sexuels et les grossesses chez les adolescentes dans la population autochtone, aucune recherche n'a étudié l'impact des facteurs qui devaient aboutir à cet état de choses.

Une compréhension approfondie de la sexualité traditionnelle des autochtones et de leurs comportements sexuels courants pourrait mener à un changement de comportement motivé par des facteurs culturels.

De plus, une plus grande compréhension devrait remplacer la dénégation des comportements homosexuels/bisexuels.

(15) **Le Comité national mixte recommande que l'on appuie les initiatives de recherche sur le rôle de la médecine traditionnelle et des guérisseurs dans le domaine du sida.**

Bien-fondé : Il y a peu d'information sur l'impact de la médecine traditionnelle et des guérisseurs dans le domaine du sida, mais il y a lieu de croire que la nature holistique de la médecine traditionnelle peut être salutaire pour une personne séropositive. Des guérisseurs traditionnels comptaient parmi les premiers groupes de la population autochtone à s'intéresser au domaine du sida et à désirer apporter leur aide. Certains ont prétendu que la médecine traditionnelle avait réussi à retarder les progrès des maladies liées au VIH et du sida, et c'est pourquoi il faut se pencher sur ces allégations ou étayer les résultats obtenus.

(16) **Le Comité national mixte recommande que l'on appuie les initiatives de recherche permettant d'examiner l'impact économique du sida sur la communauté autochtone.**

Bien-fondé : L'effet du sida sur l'économie d'une petite communauté peut être dévastateur parce que ce dernier touche principalement le groupe des 25 à 39 ans. En Afrique, où d'importantes populations sont atteintes du sida, l'effet de ce dernier sur une économie déjà instable a été désastreux. Il est primordial que l'on étudie cet aspect de la maladie afin que l'on puisse élaborer et planifier des mesures d'intervention. Il faudrait aussi examiner le coût des soins dispensés aux autochtones sidatiques dans la communauté.

(17) **Le Comité national mixte recommande que l'on appuie les efforts déployés en vue de mener des recherches de qualité sur les conséquences possibles du sida en ce qui concerne le transfert des soins de santé entre le gouvernement fédéral et le gouvernement des Premières Nations.**

Bien-fondé : Les conséquences de la politique du gouvernement fédéral de confier la responsabilité des services médicaux aux gouvernements des Premières Nations doivent être étudiées avec soin au titre des besoins futurs en ressources.

Les formules actuelles de transfert de fonds ne prennent pas en considération les coûts liés aux services médicaux dispensés aux sidatiques ni ceux liés aux besoins de services de santé mentale liés au sida.

On doit étudier en détail les problèmes politiques et financiers afin d'évaluer avec précision les répercussions liées au transfert.

(18) **Le Comité national mixte recommande que le gouvernement fédéral appuie financièrement la participation des autochtones du Canada à une conférence internationale sur les autochtones et le sida.**

Bien-fondé : Les autochtones du Canada ont des inquiétudes et des problèmes identiques aux autochtones de l'Amérique du Nord, de l'Amérique centrale, de l'Amérique du Sud, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande en ce qui a trait aux maladies liées au VIH et au sida; pour cette raison, il est important qu'ils puissent échanger de l'information avec ces groupes.

L'Association nationale des centres d'accueil et l'Association des femmes autochtones du Canada ont l'une et l'autre fait cette recommandation en adoptant une résolution à leur assemblée annuelle de 1989.

(19) **Le Comité national mixte recommande que l'on élabore un mécanisme facilitant la participation suivie des autochtones au contrôle de l'efficacité de la Stratégie nationale en matière de sida y compris de la Stratégie d'éducation des autochtones pour la prévention du sida.**

Bien-fondé : Bien que le Comité national mixte ait consacré beaucoup d'efforts et d'attention à l'élaboration de la Stratégie nationale, il est indispensable, lorsque de nouvelles initiatives sont créées ou lorsque certains aspects de la Stratégie ne sont pas mis en oeuvre, qu'un groupe composé de représentants de la population autochtone et du gouvernement fédéral soit chargé de réviser, de mettre à jour et d'étudier la Stratégie en fonction des besoins urgents de la communauté autochtone.

8.0 ROLES ET RESPONSABILITÉS :

Le Comité national mixte a identifié les rôles et décrit les responsabilités de tous ceux qui devraient intervenir dans l'éducation et la prévention du sida, notamment ceux des individus, des communautés autochtones, des gouvernements autochtones, des organismes et institutions autochtones, des autorités fédérales, provinciales et territoriales. Il est prévu que les rôles et les responsabilités des participants clés au titre de l'éducation et de la prévention du sida chez les autochtones seront mieux définis au fur et à mesure que la stratégie sera réalisée et évaluée.

8.1 L'INDIVIDU :

a) Chaque individu a la responsabilité de s'assurer qu'il ne contribue pas par son comportement à la propagation du VIH, c'est-à-dire :

- s'informer des risques pour ensuite avoir la possibilité de faire des choix avisés;
- demander conseils et aide en cas de doute;
- demander un test de dépistage au besoin;
- adopter des pratiques sexuelles sûres en utilisant un condom;
- éviter les partenaires multiples;
- éviter l'injection de drogues ou utiliser des seringues propres.

b) Chaque individu a la responsabilité de partager connaissances et informations avec d'autres, c'est-à-dire :

- parler de façon ouverte et bienveillante du VIH avec les enfants, la famille et les amis;
- offrir des conseils judicieux, de l'encouragement et de l'appui aux personnes à risque ou séropositives.

8.2 **LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES :**

a) Les communautés autochtones ont la responsabilité de promouvoir des activités d'éducation et de prévention du sida, c'est-à-dire :

- présenter des messages d'éducation et de prévention du sida;
- demander ou organiser la distribution de condoms dans les écoles et les endroits où les gens se rassemblent;
- participer aux ateliers et aux émissions radiophoniques de la localité;
- demander plus d'information dans la langue appropriée;
- demander d'avoir rapidement accès aux tests de dépistage du VIH et à du counseling.

b) Les communautés autochtones ont la responsabilité de créer un environnement de tolérance et de soutien pour les séropositifs, c'est-à-dire :

- modifier les attitudes grâce à une meilleure connaissance et à une plus grande compréhension;
- accueillir les séropositifs au foyer;
- insister pour obtenir des soins médicaux (aux plans physique et psychologique) adéquats pour les séropositifs de la communauté.

8.3 **GOUVERNEMENTS AUTOCHTONES**

a) Il incombe aux gouvernements autochtones et aux instances de prise de décisions de faire des initiatives d'éducation et de prévention en matière de sida une priorité, c'est-à-dire :

- établir quels sont les besoins des communautés en matière d'information et répondre à ces besoins de façon appropriée;

- favoriser une participation multisectorielle dans le domaine de l'éducation et de la prévention;

- traiter du sida et des questions connexes de façon suivie dans le cadre de toutes les tribunes;

- appuyer les efforts des personnes que préoccupent l'élaboration de programmes concernant le VIH et le sida par la formation et l'attribution de ressources;

- établir des liens avec d'autres groupes préoccupés par le sida afin d'obtenir des renseignements supplémentaires et de l'aide pour des activités;

- mettre sur pied et appliquer des politiques relatives à du personnel pour appuyer ceux qui sont ou peuvent être contaminés par le VIH.

b) Il incombe aux gouvernements autochtones et aux instances de prise de décisions de créer et d'assurer un milieu de vie tolérant et attentif pour ceux qui sont contaminés par le VIH, c'est-à-dire :

- faire preuve d'une conduite exemplaire en appliquant les politiques relatives à un personnel d'appui;

- s'assurer que des ressources appropriées sont disponibles pour aider ceux qui sont contaminés et leur dispenser des soins.

8.4 ORGANISATIONS ET INSTITUTIONS AUTOCHTONES

a) Il incombe aux organisations et aux institutions autochtones de s'assurer que les personnes qu'elles représentent et qu'elles servent sont conscientes de la menace très réelle que représente le VIH pour les autochtones, c'est-à-dire :

- organiser des présentations à l'intention des membres d'assemblées, du personnel, etc.;

- participer à des ateliers et à des tribunes;

- mettre à jour et échanger les renseignements et les statistiques qui sont à leur disposition à toutes les assemblées quel qu'en soit le programme;

- s'assurer que la recherche nécessaire est financée et que les renseignements qu'elle permet d'obtenir sont partagés et servent à prendre les mesures appropriées.

b) Il incombe aux organisations et aux institutions autochtones de s'assurer que les personnes qu'elles représentent et servent sont appuyées dans les efforts qu'elles déploient pour mettre en oeuvre des programmes d'éducation et de prévention du sida, c'est-à-dire :

- participer aux activités du Comité national mixte;

- exercer des pressions pour obtenir les ressources nécessaires;

- partager l'information et les méthodes;

- mettre sur pied des programmes de formation du personnel;

- créer des liens avec tous ceux qui sont engagés dans la lutte contre le sida.

c) Il incombe aux organisations et aux institutions autochtones de s'assurer que les personnes qu'elles représentent et servent reçoivent un appui en ce qui concerne la prestation de soins aux personnes contaminées par le VIH, c'est-à-dire :

- siéger au Comité national mixte;

- établir quels sont les problèmes et les besoins en matière de soins de santé (transfert des soins de santé);

- exercer des pressions pour obtenir les ressources nécessaires.

8.5 LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

a) Il incombe au Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, de promouvoir, d'exécuter et d'évaluer la Stratégie nationale sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida.

b) Il incombe à Santé et Bien-être social Canada et au Ministère des Affaires indiennes et du Nord de collaborer avec les organisations autochtones au sein du Comité national mixte pour une période de trois ans et d'appuyer les efforts du CNM, c'est-à-dire :

- financer la participation des représentants autochtones au sein du Comité;

- appuyer le CNM dans ses présentations à la communauté autochtone et à d'autres instances;

- apporter un appui en ce qui concerne les mécanismes de partage de l'information.

c) Il incombe au gouvernement fédéral de coordonner et de fournir les ressources nécessaires pour appuyer les initiatives d'éducation des autochtones pour la prévention du sida par les moyens suivants :

- Santé et Bien-être social Canada (CFS) diffusera largement dans le public l'importance des ressources disponibles, expliquera les critères et facilitera l'obtention des fonds au moment opportun;

- Santé et Bien-être social Canada (CFS) coordonnera la gestion des ressources nécessaires conjointement avec les provinces et les territoires;

- le Ministère des Affaires indiennes et du Nord fournira les ressources nécessaires pour aider à l'élaboration d'un programme scolaire relatif au sida.

d) Il incombe à Santé et Bien-être social Canada d'administrer dans les collectivités autochtones des programmes d'éducation des autochtones pour la prévention du sida qui soient efficaces et tiennent compte de la dimension culturelle par les moyens suivants :

   - former du personnel pour les services médicaux et assurer le suivi des résultats observés dans la collectivité;

   - former des travailleurs autochtones dans le domaine du sida et leur fournir les ressources nécessaires.

e) Il incombe au Centre fédéral sur le sida de s'assurer que les projets de recherche autochtones en matière de sida, dont les ressources sont fournies par le CFS, aboutissent à la production de renseignements pratiques et de données utiles, c'est-à-dire :

   - créer des comités d'évaluation des projets de recherche.

f) Il incombe au Centre fédéral sur le sida d'aider les communautés, les gouvernements et les organisations autochtones dans la conception, l'administration et l'évaluation de projets d'éducation et de prévention du sida, c'est-à-dire :

   - favoriser l'établissement de liens avec des sources appropriées de connaissances spécialisées, qui comprennent les universités, les professions liées aux soins de santé et d'autres instances.

g) Il incombe au Centre fédéral sur le sida de s'assurer que les questions propres aux autochtones en matière de sida sont abordées et examinées de façon suivie par le Comité consultatif fédéral/provincial/ territorial.

h) Il incombe au Centre fédéral sur le sida de faire la preuve de son engagement dans la lutte contre le VIH au sein des communautés culturelles autochtones du Canada en facilitant les discussions et le partage de l'information avec les autres communautés culturelles autochtones des États-Unis, du Mexique, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, c'est-à-dire :

- accueillir la Première Conférence internationale sur le sida et les peuples autochtones et parrainer le rôle de chef de file du Canada par l'intermédiaire de l'Association nationale des centres d'accueil.

8.6 GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

a) Il incombe aux gouvernements provinciaux et territoriaux de coordonner et de fournir les ressources destinées à appuyer les programmes et ou les activités d'éducation des autochtones pour la prévention du sida particulièrement dans les zones urbaines.

b) Il incombe aux gouvernements provinciaux et territoriaux d'appuyer les communautés autochtones dans la conception, l'administration et l'évaluation des programmes d'éducation des autochtones pour la prévention du sida en facilitant la création de liens avec des sources de connaissances spécialisées comme les universités, les professions du domaine des soins de santé, etc.

c) Il incombe aux gouvernements provinciaux et territoriaux de participer à des discussions suivies avec les groupes autochtones préoccupés par le sida dans leurs provinces et leurs territoires et de s'assurer que les préoccupations particulières de ces groupes font l'objet de discussions au sein des comités consultatifs fédéraux/provinciaux/territoriaux.

9.0 CONCLUSION

Au cours des neuf derniers mois, le Comité national mixte a examiné la menace que constituent le VIH et le sida pour les autochtones dans une perspective autochtone. Il existait peu d'information assez pertinente ou assez à jour pour qu'il soit possible de lancer ou guider le processus de mise sur pied d'une stratégie d'éducation des autochtones pour la prévention du sida, mais depuis avril 1989, on a appris bien des choses.

Les recommandations issues de la recherche et des connaissances du Comité national mixte constituent les fondements d'une stratégie visant à faire face aux besoins nombreux et urgents de la population autochtone en ce qui concerne l'éducation et la prévention en matière de sida.

Il faudra le concours de nombreuses personnes et organisations engagées pour que nous puissions lutter collectivement contre la menace que le sida fait peser sur nos communautés. Les anciens, les guérisseurs traditionnels, les parents, les jeunes, les éducateurs, les pourvoyeurs de soins de santé, les hommes politiques, les décisionnaires, tous les ordres de gouvernement ainsi que les particuliers concernés ont à jouer un rôle de premier plan pour empêcher la propagation du VIH et pour aider ceux que le VIH a déjà contaminés.

Une approche holistique faisant appel à tous les secteurs de la collectivité contribuera à appuyer un changement de comportement durable chez ceux qui mettent en danger leur propre existence et celle des autres en participant à des activités à risque élevé. Les initiatives de recherche tenteront de mettre en lumière et de décrire pourquoi nos communautés, plus que d'autres dans la société canadienne, courent un risque plus important de contracter la maladie; elles étayeront la conception d'interventions réalistes.

C'est aux collectivités autochtones de faire de l'éducation pour la prévention du sida une priorité. Par une action rapide, déterminée, fondée sur la collaboration et la coopération, nous avons la possibilité en tant que peuple, de venir à bout de cette nouvelle agression contre notre bien-être et de triompher de cette autre menace pour notre croissance et notre survie.

RÉFÉRENCES

1- FRIDERES, James S., Native People in Canada - Contemporary Conflicts, Prentice-Hall Canada Inc., Scarborough (Ontario), 1988.

2- Ibid., p.159

3- Ibid., p.199

4- SHAH et FARKAS, The Health of Indians in Canadian Cities: A Challenge to the Health Care System, Association médicale canadienne, Vol. 133, 1er novembre 1985.

5- Santé et Bien être social Canada, L'état de santé des Indiens et des Inuit canadiens, Mise à jour de 1987, DGSM, Ottawa, 1988.

6- Bureau de l'épidémiologie et de la surveillance, Centre fédéral sur le sida, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 23 novembre 1989.